Poradnia Psychologiczno - Pedagogiczna nr 16
04 - 393 Warszawa, ul. Siennicka 40
tel. 22 610 - 21 – 32
22 277 – 14 - 86

Warszawa dn. ……

……
(imię i nazwisko rodzica)

…….
(adres zamieszkania dziecka)

…….
(numer telefonu rodzica)

Wyrażam zgodę na samodzielny powrót do domu mojego syna/córki

……
(Imię i nazwisko dziecka)

po badaniu w Poradni Psychologiczno- Pedagogicznej nr 16 w dniu ……

Oświadczam, iż ponoszę całkowitą odpowiedzialność za bezpieczeństwo dziecka w drodze z Poradni do domu.

……
(podpis rodzica)